



**N° 172 - 2024-GRL-GRSL/30.37.03.01**

## RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 11 de abril del 2024

Visto el Expediente N° 004745-2023 que contiene el Oficio N° 063-2024-GRL/GRSL/30.37.05, emitido por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicitando la emisión de Aprobación mediante Resolución del "PLAN DE AUTOEVALUACION PARA EL PROCESO DE ACREDITACION AÑO - 2024", del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas;

### CONSIDERANDO:

Que, el Artículo 37° de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, señala literalmente que: "Los Establecimientos de Salud y los Servicios Médicos de Apoyo cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de Gestión deberán cumplir los requisitos que disponen los Reglamentos y Normas Técnicas que dicha autoridad de Salud de Nivel Nacional en relación a la planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgo relacionados con los agentes ambientales, físicos, químicos biológicos y orgánicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, establece la acreditación de los Establecimientos de Salud como un proceso y pilar importante del componente de la garantía y mejora de la calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica del Evaluador" para la Acreditación de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, como guía de referencia nacional, de aplicación en los Establecimientos de Salud Públicos y Privados del sector, que pertenecen a los niveles I, II y la III-1, en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud N° 021 - MINSA/DGSP-V.03. "Categorías de Establecimientos del Sector Salud", con la finalidad de contribuir a mejorar el desempeño del Sistema de Salud en respuesta a las necesidades de salud de la población;

Que, mediante documentos de Visto, el Director Ejecutivo Autoriza mediante Memorando N° 0511-2024-GRL-GRSL/30.37, la Aprobación mediante Acto Resolutivo del "PLAN DE AUTOEVALUACION PARA EL PROCESO DE ACREDITACION AÑO 2024" del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, con la finalidad de cumplir con los objetivos funcionales de Apoyo en este Nosocomio;

Con la Visación de la Unidad de Recursos Humanos, Asesoría Legal, Oficina de Administración, con la aprobación de la Dirección Ejecutiva del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, y;

En uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA, de fecha 31 de octubre del 2017, y del Manual de Organizaciones y Funciones (MOF) del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, aprobada mediante Resolución Directoral N° 1899-2015-GRL-DRS-L/30.01 de fecha 16 de noviembre del 2015.

### SE RESUELVE:

**Artículo 1°.- APROBAR**, el "PLAN DE AUTOEVALUACION PARA EL PROCESO DE ACREDITACION AÑO 2024" DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS, el mismo que contiene DIEZ (10) FOLIOS y CUATRO (04) ANEXOS es parte integrante de la presente Resolución.

**Artículo 2°.-** La Unidad de La Gestion de la Calidad del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, es la responsable de la difusión, implementación y cumplimiento del citado documento.

**Artículo 2°.-** Publíquese en el Portal WEB Institucional y Portal de Transferencia estándar del Hospital II - 2 Santa Gema de Yurimaguas.

Regístrese y Comuníquese;



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2024

**GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO**  
**HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS**  
**UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**



**“PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL  
PROCESO DE ACREDITACIÓN 2024”**

**YURIMAGUAS - PERÚ**  
**ABRIL 2024**

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2024

**EQUIPO DE GESTIÓN DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS**



**M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS**  
Director Ejecutivo

**M.C. YIN CHOY GÓMEZ**  
Director Adjunto

**C.P.C. CARLOS ALBERTO RAMÍREZ LESCANO**  
Director Administrativo



**C.P.C. WILGER SAAVEDRA ARMAS**  
Jefe Oficina de Planeamiento Estratégico

**C.P.C. JOSEPH ABAD RODRIGUEZ**  
Jefe Oficina de Logística

**C.P.C. DORIS CONSUELO SÁNCHEZ MORI**  
Jefe Unidad de Recursos Humanos



Elaborado por:

**UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**



- **LIC. FABRICIA REATEGUI DÁVILA**  
Jefa de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad
- **C.D. GILMER MANUEL ASECIO ORTIZ**  
Coordinador del Componente de Acreditación para la Autoevaluación

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

PLAN DE AUTOVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2024

ÍNDICE



I. Introducción

4

II. Justificación

4



III. Objetivos

5

IV. Alcance

6

V. Base Legal

6

VI. Metodología de evaluación

6

VII. Comité de Acreditación y Evaluadores Internos

9

VIII. Cronograma de Actividades

10

IX. Presupuesto

10

X. Anexos

11





"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2024

**PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2024  
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS**

**I. INTRODUCCIÓN**

El Ministerio de Salud desarrolla e impulsa el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, esfuerzo de gran envergadura que tiene sus pilares en un accionar de mejora continua en el corto, mediano y largo plazo, la Gestión de la Calidad ha venido avanzando en la mejora de los procesos y procedimientos en salud, despliega valiosas iniciativas, las cuales son producto del esfuerzo conjunto de directivos, funcionarios y trabajadores de todos los niveles del sistema de salud.

En este proceso de fortalecer e institucionalizar la gestión de la calidad, la Acreditación, se convierte en una importante herramienta para la sostenibilidad; con ella se obtiene un compromiso claro de las organizaciones de salud por mejorar la calidad de atención al usuario, garantizando un entorno seguro y trabajando sistemáticamente en la reducción de riesgos, tanto para los usuarios como el personal, contribuyendo a obtener servicios de salud con un enfoque humano y social.

La Autoevaluación dentro del proceso de Acreditación, abarca todos niveles de complejidad de la prestación de los servicios de salud, y esta a su vez debe ser capaz de reflejar el esfuerzo del prestador, orientado a mejorar la capacidad operativa y se reconoce explícitamente como un valor en la cultura organizacional de las instituciones de salud.

La Acreditación como proceso de evaluación periódica, se basa en la comparación del desempeño del prestador de salud, aplicando una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, orientados a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo; este proceso se desarrolla en el marco de la descentralización, con funciones, responsabilidades y roles explícitos que aseguren compromisos, integridad y autonomía, que posibilite la sostenibilidad del proceso en el tiempo, sobre la base de estándares previamente definidos por la Autoridad Sanitaria, contenidos en el Listado de Estándares de Acreditación y que enfocan esta nueva propuesta en el Marco de la Gestión por Procesos.

**II. JUSTIFICACIÓN**

La séptima política de Calidad en Salud, indica que las IPRESS tenemos la responsabilidad de cumplir con las normas y estándares de Infraestructura, de equipamiento, de aprovisionamiento de insumos, de procesos y resultados de la atención, a fin de mejorar la calidad de la atención al usuario. El Proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, se encuentra establecida en la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V.02, aprobada con R.M. N° 456-2007/MINSA, la cual proporciona pautas para ejecutar este proceso, como parte importante del componente de Garantía y Mejora de la Calidad establecida en el Plan de Gestión de la Calidad en Salud. A partir de la implementación de este proceso, Gestión de la Calidad ha tenido avances significativos en la mejora de los



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2024

procesos y procedimientos en salud, que buscan la satisfacción del usuario externo, posicionando la calidad en salud como un derecho ciudadano.

La Autoevaluación no significa otra cosa que tener el valor de mirarse uno mismo para establecer dónde se sitúan exactamente nuestros puntos fuertes y nuestras debilidades; es mirarse en el espejo para examinar la calidad de los servicios que brindamos y buscar las mejoras posibles de hacer; La autoevaluación es fuente de conocimiento y objeto de transformación a partir del reconocimiento, caracterización y enfrentamiento de los problemas de calidad por quienes los confrontan cotidianamente; es decir, los trabajadores de salud y las comunidades. La Autoevaluación constituye la fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de Acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento continuo de la calidad, es el camino hacia la Acreditación, lo que hace imprescindible su desarrollo, a efectos de diagnosticar las limitaciones o debilidades de todo el sistema institucional, que va a permitir planificar y ejecutar acciones de mejora, mediante la aplicación de estándares previamente definidos, las cuales se encuentran agrupados en macro procesos.

En el 2023, el puntaje obtenido en el Proceso de Autoevaluación fue del 74%. Aunque el puntaje es desaprobatorio ( $\leq 85\%$ ), se ha evidenciado un aumento notable del puntaje en relación al año 2022 (51%). Por ello, la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en coordinación con la Dirección Ejecutiva, ha visto necesario desarrollar este proceso de Autoevaluación, a fin de continuar con la mejora de los procesos, con miras a alcanzar la Acreditación que, con su nueva infraestructura, pretende convertirse en una Institución de Salud modelo en Gestión de la Calidad.

**OBJETIVOS**

**3.1. OBJETIVO GENERAL:**

Evaluar la funcionalidad hospitalaria, mediante la Autoevaluación, cumpliendo los estándares y criterios de evaluación de la Calidad para alcanzar la Acreditación del Hospital Santa Gema de Yurimaguas.

**3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Describir los componentes operativos y metodológicos de las fases de la Autoevaluación de la Calidad para la construcción de un proceso que consolide equipos de trabajo en salud.
- Analizar el papel que juega la institución de salud en la satisfacción de las necesidades y demandas de salud de la población por medio del reconocimiento de los problemas de calidad del servicio.
- Incorporar a la gestión de los servicios de salud el análisis del trabajo, como herramienta para incrementar la calidad del servicio.
- Conducir la transformación del proceso de trabajo a través de la formulación e implementación de un plan de acción dirigido a enfrentar los problemas identificados en el desempeño del equipo.



“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2024

**IV. ALCANCE**

El ámbito de alcance Plan para la Autoevaluación, son todos los servicios asistenciales y administrativos que conforman la estructura funcional y orgánica del Hospital Santa Gema de Yurimaguas.

**V. BASE LEGAL:**

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Resolución Ministerial N° 1263-2004/MINSA “Lineamientos para la Organización y Funcionamiento de la Estructura de Calidad en los Hospitales del Ministerio de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA aprueba el documento técnico del “Sistema de Gestión de Calidad en Salud”.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la “NTS N° 050 – MINSA/DGSP - V.01: “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”
- Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA, “Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, “Norma Técnica de Salud N° 021-MINSA/DGSAP-V.03, Categoría de Establecimientos del Sector Salud”.
- Resolución Ministerial N° 572-2011/MINSA, “Directiva Administrativa de Monitoreo del Desempeño de la Gestión de establecimientos de Salud de I, II y III Nivel de Atención”.
- Resolución Ministerial N° 581-2011/MINSA, “Directiva para la Evaluación del Desempeño de Directores Generales de Institutos Nacionales y Hospitales del Ministerio de Salud”.
- Resolución Directoral N° 018-2024-GRL-GRSL/30.37.03.01, que aprueba el Plan Anual de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad año 2024 del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
- Resolución Directoral N° 033-2024-GRL-GRSL/30.37.03.01, que aprueba la conformación del Equipo de Acreditación 2024 del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
- Resolución Directoral N° 032-2024-GRL-GRSL/30.37.03.01, que aprueba la conformación del Equipo de Evaluadores Internos 2024 del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

**VI. METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN**

El Proceso de Autoevaluación 2024 del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas lo desarrollará el Equipo de Autoevaluación, con el apoyo técnico de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad y del Comité de Acreditación. Asimismo, se trabajará en estrecha coordinación con la Dirección General del HSGY; teniendo como base la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA el 05 de junio del 2007 y sus objetivos inmersos en el Plan de Autoevaluación.

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

PLAN DE AUTOVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2024

**6.1. Técnicas de Evaluación**

El equipo de evaluadores internos del Hospital Santa Gema de Yurimaguas utilizará diversas técnicas, tales como:

- **Análisis de Registros:**

Se hará la revisión documentaria para recabar información de registros existentes en los servicios de salud tales como: Informes, reportes estadísticos, actas, historias clínicas, registros de atención, registros de seguimiento, etc.

Para la recolección de datos:

- a) Se designará a un integrante del equipo de evaluadores para realizar el análisis de los registros.
- b) Se ubicará un lugar apropiado donde realizará el análisis de la documentación recabada.
- c) El responsable del análisis de la información, verificará lo que se solicita en cada ítem y, de acuerdo a ello, registrará el resultado.
- d) Culminado el análisis, conjuntamente con el equipo de Calidad, procesar la información de acuerdo a las pautas señaladas en el Instrumento para la Autoevaluación y determinar el puntaje correspondiente.

- **Observación directa:**

Es el registro visual que realiza un miembro del equipo de salud, acerca de lo que ocurre en una situación real o simulada.

Para la aplicación de este método se procederá de la siguiente manera:

- a. Se designará a un representante del equipo de evaluadores para el análisis de los registros.
- b. Se determinará el momento y lugar donde observará el procedimiento o actividad.
- c. Culminada la observación, hará entrega de la lista de verificación con los respectivos datos al responsable del equipo de calidad.
- d. El equipo de evaluadores procesará la información de acuerdo a las pautas señaladas en el Instrumento para la revisión de procesos y determinar el puntaje correspondiente.

- **Entrevista/Encuesta:**

Es la comunicación establecida entre algún miembro del equipo de salud con los integrantes del equipo de salud o con los usuarios de los servicios.

Dicho procedimiento se realizará de la siguiente manera:

- a) Se hará preguntas para corroborar u obtener información.
- b) Las respuestas se registrarán en los instrumentos preestablecidos para tal fin.
- c) El equipo de calidad designará a la persona que realizará la entrevista/encuesta.
- d) La persona designada, debe determinar el momento y lugar donde realizará la entrevista / encuesta.



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

PLAN DE AUTOEVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2024

- e) Se formulará las preguntas y se registrará las respuestas en los instrumentos correspondientes.
- f) El responsable, culminado la entrevista/encuesta, entregará los instrumentos debidamente llenados, anotando algunas observaciones en relación a hechos relevantes que se quiera resaltar.

**6.2. Instrumentos de evaluación a utilizar**

El instrumento que se utilizará durante el desarrollo de la Autoevaluación, serán:

- Listado de Estándares de Acreditación
- Guía Técnica del Evaluador
- Hoja de registro de datos de la autoevaluación
- Referencias normativas.

**6.3. Proceso de ejecución**

La metodología de trabajo diario durante el periodo de ejecución de la autoevaluación será la siguiente:

- Visita de las instalaciones por el equipo evaluador.
- Despliegue de las técnicas de evaluación.
- La evaluación se realiza mediante la visita a los diferentes servicios verificando los estándares señalados.
- El proceso de ejecución de la autoevaluación se hará con la presencia de los jefes de departamentos y oficinas o persona a quien delegue la responsabilidad de atender a los evaluadores internos para el sustento de cada criterio a evaluarse.
- Cada equipo de evaluadores internos al término del día de la evaluación se reunirá para revisar los estándares evaluados a fin de encontrar puntos de retroalimentación en conjunto.
- El Equipo de Acreditación y el Evaluador Líder será el responsable del monitoreo, supervisión del proceso de la ejecución de la autoevaluación.
- Con respecto al procesamiento de datos, análisis de resultados y elaboración del informe preliminar estará a cargo de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad.
- La revisión y corrección del informe preliminar será en conjunto con todos los evaluadores internos.
- Presentar el Informe Técnico de Autoevaluación a la Dirección General y Equipo de Gestión.



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

PLAN DE AUTOVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2024

**VII. COMITÉ DE ACREDITACIÓN Y EVALUADORES INTERNOS**

Mediante Resolución Directoral N° 033-2024-GRL-GRSL/30.37.03.01 de fecha 15 de enero del 2024 se conforma el **Equipo de Acreditación 2024** del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, el mismo que está integrado por las siguientes oficinas:



- |  |                   |
|--|-------------------|
| • DIRECTOR EJECUTIVO                                       | <i>PRESIDENTE</i> |
| • JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD               | <i>SECRETARIO</i> |
| • DIRECTOR ADMINISTRATIVO                                  | <i>MIEMBRO</i>    |
| • JEFE DE LA OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO           | <i>MIEMBRO</i>    |
| • JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE RIESGOS                  | <i>MIEMBRO</i>    |
| • JEFE DE LA UNIDAD DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA           | <i>MIEMBRO</i>    |
| • JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA                      | <i>MIEMBRO</i>    |
| • JEFE DE LA UNIDAD DE INGENIERÍA HOSPITALARIA             | <i>MIEMBRO</i>    |
| • JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN | <i>MIEMBRO</i>    |



Asimismo, el Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas cuenta con un **Equipo Institucional de Evaluadores Internos** aprobado mediante Resolución Directoral N° 032-2024-GRL-GRSL/30.37.03.01 de fecha 15 de enero del 2024 el cual está integrado por los siguientes profesionales:



- |  |                    |
|--|--------------------|
| • LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA DE FLORES | <i>PRESIDENTE</i>  |
| • C.D. GILMER MANUEL ASECIO ORTIZ              | <i>COORDINADOR</i> |
| • M.C. KATHERINE CAROL SANDOVAL SORIA          | <i>MIEMBRO</i>     |
| • LIC. ENF. SAMMER CAROLEYNE HERRERA QUISPE    | <i>MIEMBRO</i>     |
| • LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO      | <i>MIEMBRO</i>     |
| • LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO          | <i>MIEMBRO</i>     |
| • LIC. ENF. EDUARDO DEL ÁGUILA VASQUEZ         | <i>MIEMBRO</i>     |
| • LIC. ENF. DENIZ ARÉVALO CASTRO               | <i>MIEMBRO</i>     |
| • LIC. ENF. LILIANA LOPEZ GARCIA               | <i>MIEMBRO</i>     |
| • PS. HUMBERTO CASTILLA CABELLO                | <i>MIEMBRO</i>     |
| • Q.F. LLAJHAIRA ELIZABETH VASQUEZ GATICA      | <i>MIEMBRO</i>     |
| • OBST. JEAN NEIL HERNÁNDEZ ANGULO             | <i>MIEMBRO</i>     |



Cada Evaluador Interno cumple con un perfil de competencias necesarias para la medición de los estándares de acreditación y determinar su nivel de cumplimiento, identificar fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento:

- Aplicación de técnicas de supervisión, evaluación y auditoría en las diferentes unidades orgánicas de atención.

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

PLAN DE AUTOVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2024

- Manejo de metodologías de mejoramiento continuo con enfoque de procesos y se orienta a la búsqueda de resultados medibles, confiables y suficientes.
- Manejo de sistemas informáticos, aplica conocimientos de gestión de la salud y maneja temas de la gestión hospitalaria acorde al nivel II -2.
- Recopila, clasifica y ordena la información brindada.

VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN – A y B (Ver anexo 1)

IX. PRESUPUESTO

Las actividades para desarrollar el proceso de la Autoevaluación, será financiada por recursos ordinarios de la U.E. 1407 del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

Atentamente,

  
 GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
 HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
 .....  
 C.D. GILMER MANUEL ASENCIO ORTIZ  
 COP. N° 40338  
 EQUIPO TÉCNICO GESTIÓN DE LA CALIDAD

  
 GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
 HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
 .....  
 LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DAVILA  
 C.E.P: 24280  
 JEFE UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD





“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

PLAN DE AUTOVALUACIÓN PARA EL PROCESO DE ACREDITACIÓN 2024

ANEXO 1: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA AUTOEVALUACIÓN – A y B

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN 2024 - A

ACTIVIDADES	Enero	Marzo	Junio					Julio				
			12	13	14	17 al 21	24 al 28	1 al 5	8 al 12	15	16	
Conformación del Comité de Acreditación 2023.	X											
Conformar el Equipo de Evaluadores Internos 2023.	X											
Elaborar el Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2023.		X										
Aprobación del Plan de Autoevaluación mediante Resolución Directoral.		X										
Designación del Evaluador Líder, quien comandará el desarrollo del Proceso de Autoevaluación.			X									
Reunión de trabajo con los evaluadores internos para socializar los contenidos del plan y designar los responsables de cada componente			X									
Capacitación de los miembros del Equipo de Evaluadores Internos.			X									
Socialización del Plan de Autoevaluación para la Acreditación, a las Jefaturas de Unidades, Servicios, y otros.				X								
Designar responsables por servicios/áreas/unidades/ que interactuarán con los evaluadores internos.				X								
Visita y reconocimiento de las instalaciones por el equipo evaluador.					X							
Preparación del material que se utilizará en el desarrollo del proceso.					X							
Comunicar a la DIRESA Loreto, el inicio del desarrollo de la Autoevaluación.					X							
Desarrollo del Proceso de Autoevaluación según cada Macroproceso:												
Gerenciales	1	Direccionamiento (DIR)					X					
	2	Gestión de Recursos Humanos (GRH)					X					
	3	Gestión de la Calidad (GCA)					X					
	4	Manejo del riesgo de la Atención (MRA)					X					
	5	Gestión de Seguridad ante Desastres (GSD)					X					
	6	Control de la Gestión y Prestación (CGP)					X					
Prestacionales	7	Atención Ambulatoria (ATA)						X				
	8	Atención de Hospitalización (ATH)						X				
	9	Atención de Emergencias (EMG)						X				
	10	Atención Quirúrgica (ATQ)						X				
	11	Docencia e Investigación (DIV)						X				
Apoyo	12	Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento (ADT)						X				
	13	Admisión y Alta (ADA)						X				
	14	Referencia y Contrareferencia (RCR)						X				
	15	Gestión de Medicamentos (GMD)							X			
	16	Gestión de la Información (GIN)							X			
	17	Descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización (DLDE)							X			
	18	Manejo de Riesgo Social (MRS)							X			
	19	Nutrición y Dietética (NYD)							X			
	20	Gestión de Insumos y Materiales (GIM)							X			
	21	Gestión de Equipos e Infraestructura (EIF)							X			
Procesamiento y Análisis de datos												
Elaborar el informe preliminar y presentar los hallazgos a la Dirección del Hospital												
Revisión y elaboración del Informe Final												
Remitir e informe final a la GERESA Loreto												









